

質 疑

1. 個別改定項目 I について

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

それでは、ただいまの説明につきまして、項目ごとに区切って議論をしたいと思えます。最初に、ローマ数字の I について、ご質問等がございましたら、お願いいたします。はい。松本委員、お願いいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい。まず 500 ページを超えますボリュームのご説明、どうもありがとうございます。本日から短冊の協議ということでもありますので、こちらも少し長くなることもあります。ご意見を申し上げたいと思います。

まず今ご指示のありましたパート I ですね。「現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進」でございますけれども、I-1 の②から⑤でございます若手勤務医、歯科医師、薬局薬剤師や事務職員の賃上げに関する基本料の見直しの関係でございますけれども。

10 日の総会においてですね、基本料に溶け込ませることに関しては、一律的な基本料の底上げとなり、病院と診療所の経営格差、職員配置の違いを反映できないこと。

さらに、患者が受けたサービスの対価として、最も基礎的な重大案件であり、データに基づき、時間をかけて議論を尽くす必要があると申し上げたところでございます。

この認識につきましては、現在も、いささかも変わっておりません。本来、加算のような別途の評価が望ましいと考えております。

なぜ、加算では駄目で、基本料に溶け込ませていけないのか。改めて事務局に説明を要望するものでございます。

次に、36 ページからの I - 2 の②特定集中治療室管理料等の見直しについてでございますが、本来、ICUは治療室内に常時勤務が当然だと考えておりましたが、医師の働き方改革の観点で、宿日直は認めるということであれば、評価にしっかり差を付けるとともに、遠隔支援の活用も含めて患者の安全確保を担保することをお願いしたいと思っております。

続いて、64 ページからの I - 4 ①地域医療体制確保加算の見直しについてでございます。

既に多くの医療機関が年 960 時間の A 水準を達成していることや、救急搬送は別途の出来高評価があることを踏まえれば、加算の存続には甚だ疑問がございます。

しかしながら、適切に勤務時間を管理し、4 月から適用される年 1,860 時間という法定水準よりも厳しい実績要件を設定し、さらに基準を段階的に厳格化することで、確実に医師の超過勤務を改善することを条件として、この件に関しては了承いたします。

I 項について私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。松本委員から、加算にすべきか、それとも基本料に溶け込ませるべきかということについての事務局の見解を伺いたいというふうなご質問ございましたので、よろしくお願ひいたします。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、医療課長でございます。今回の短冊では、基本料の上げと。上昇ということでご提案をさせていただきました。その背景について、ご説明をさせていただきます。

病院に勤めて、医療機関に、あるいは、その薬局のお勤めされている職員の皆様でいらっしゃるけれども、これは大臣折衝の合意事項にもありましており、看護職員やリハビリ専門職等の医療関係職種に関しましては医療機関や薬局が直接雇用されているということが基本であるというふうに考えてございまして、

こちらは大臣折衝の中で0.61%というふうを示されたとおり、これは職員の勤務状況に応じて賃上げに必要な、行うほうが適切であるというふうにご考えてございまして、加算というふうなご提案になろうかというふうにご考えてございます。

一方で、今ご質問のございました、この若手の医師ですとか歯科医師、それから勤務薬剤師、そして事務職員等における賃上げについては、勤務実態が先ほど申し上げました他の医療関係職種とは若干異なる実情があるのではないかとというふうにご考えてございます。

例えば、若手の勤務医師は、例えば、大学の医局の人事などで、毎年でしたり、あるいは、非常に短期間で勤務期間が変わるなどの実態もございます。

また、事務方の職員に関しましても、これは雇用を行わず派遣や委託といった形で契約されてるっていう、そういった場合もあるというふうなことをごございまして、そういった場合も多いということというふうにご認識してございまして、いわゆる医療機関が直接の賃上げを担保しづらいという状況にあるのではないかとというふうにご推察をしているところでございます。

また、医療サービス、医療機関に直接勤務されている専門職種だけでなく、例えば、検査などは外注で行われます。

また、歯科に関しては、歯科技工などもですね、外注で行われる場合も多いということをごございまして、そういったことも実態としてあるのはおわかりいただけるのではないかとお思います。

そういった医療を取り巻く産業も賃上げを行える環境を整えるという必要がありまして、こうした趣旨も踏まえて、大臣折衝の合意の中でもですね、0.28%相当ということで、0.61とは違うお示しの仕方をされたものというふうにご認識してございます。

こういった背景から、事務局といたしましては、広く算定されている基本料等の上乗せするということによる対応が適切ではないかということで、本日の短冊として提案させていただいたものでございます。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

松本委員、いかがでしょうか。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい。どうもご説明ありがとうございました。

若手勤務医の勤務実態、あるいは契約形態、あるいは派遣の事務職員や委託先を考慮した制度設計を限られた時間の中で行うことが非常に難しいということは理解はいたしました。

また今回、賃上げだけではなく、入院基本料における栄養管理、ACP対応、身体拘束の最小化。

初・再診料においては日常的な感染防止対策の底上げ。

調剤基本料においては、医薬品供給拠点としての薬局の役割強化など、全ての患者にとって医療の質に向上すると期待する要素も盛り込まれております。

こうした賃上げ、医療の質に関わる取組について最大限の実態把握と効果の検証を行い、対応が不十分な場合には見直すということを前提として事務局案を了承したいと思っております。

また、提案でございますけれども、今後の議論として、病院と診療所のコスト構造の違い等を踏まえ、初・再診料等のあり方について踏み込んだ検討を行うことも必要だと考えております。

一方で、歯科の初・再診料については、感染対策を理由とした引上げが繰り返されておりますので、これ以上の引上げは容認できかねるということを指摘させていただきます。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。ほかはいかがでしょう。はい、それでは長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい。I-4の①地域医療体制確保加算の見直しについてコメントいたします。働き方改革はこれからが本番であり、例えば、タスクシェア・シフトを進めるにしても、医療従事者が必要となり、この加算の重要性は今後ますます重要になります。これは勤務医のみならず、国民の健康を守るためにも重要であります。

働き方改革を進めるためには財源が必要であることを理解していただく必要がございますし、この加算を縮小・廃止するなどということは、当然あってはならないと思います。

また、これは各医療機関の実態、実情に応じて適切に進めていくという必要がありますので、厳格な要件化などは適切ではないというふうに考えております。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。続きまして、林委員、お願いいたします。

○林正純委員（日本歯科医師会常務理事）

はい、ありがとうございます。先ほど感染対策に対してのこれ以上の引上げは歯科には認めないというご発言がございましたけれども、これまでの議論の中で平時からの感染対策と、新興感染症発生時においても歯科医療提供が滞ることのないよう、連携体制構築の必要性について何度も意見を述べさせていただいたところでございます。

繰り返しになりますけれども、歯科医療の特性として、日常的に口腔内の外科的手術やエアロゾルが発生する切削を行うということから、唾液、血液が、飛沫に対する感染対策が必要であり、適切な感染防止対策の徹底が非常に重要と認識しておりまして、今までもスタンダード・プリコーションの徹底に取り組んできたところでございます。

コロナ禍以降はさらに必要な対策を感染防止対策上乘せというかたちで徹底してまいりました。感染対策の徹底は患者さんへの安全・安心な歯科医療を提供する観点からも、われわれ歯科医療機関の責務であり、引き続き取り組んでいかなければならない重要な課題と考えております。

感染対策に係る評価につきましては、前回の改定で一定の評価をいただきましたが、施設基準の要件追加ならびに既存の技術の廃止により対応されたものでございまして、昨今の物価、人件費や医療廃棄物の処理コストの高騰を鑑みれば、とても十分とは言えず、応分の評価を引き続き、お願いしたく考えております。

ご理解のほど、よろしくお願いたします。以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。はい、太田委員、お願いたします。

○太田圭洋委員（日本医療法人協会副会長）

ありがとうございます。1つだけ。36ページから出ておりますI-2の「②特定集中治療室管理料等の見直し」に関してです。

(4) 特定集中治療室管理料5又は6に係る届出を行う治療室については、令和●●年●●月●●日までの間に限り、集中治療を必要とする患者の看護に従事した経験を5年以上有し、集中治療を必要とする患者の看護に係る適切な研修を修了した専任の常勤看護師を当該治療室内に週●●時間以上配置する要件について、該当するものとみなす。

今回、新設される管理料の5および6において、41ページで経過措置期間は認められておりますが、「適切な研修を修了した専任の常勤看護師」の配置が要件となっております。

12月の6日の中医協総会において示されたデータでは、特定集中治療室の3および4においては、これらに配置できているユニット数というのは現時点で56%しかないという数字が出てございました。

この研修は、なかなか受講することも大変な狭き門でありまして、病院が希望したからといって簡単に受講できるものではなく、また修了までにはかなりの時間がかかる研修でございます。

今回、働き方改革に関連して新設されたユニットの点数ですので、改定の意図は理解できますが、この現実に基づきまして、経過措置に関しては慎重にご検討いただきたいというふうに思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。それでは、はい。佐保委員、お願いいたします。

○佐保昌一委員（日本労働組合総連合会総合政策推進局長）

はい、ありがとうございます。1-4の「① 地域医療体制確保加算の見直し」について発言をしたいと思います。

64 ページからになりますけど、地域医療体制確保加算の施設基準に労働時間短縮の実績を追加する方向性については前向きに受け止めたいというふうに思っております。

その上で、具体的な年間時間外・休日労働時間数については、この加算を算定している医療機関の月 155 時間以上の医師が 2022 年でも 1%にも満たないことや、80 時間以上の割合が足元で増加している現状を踏まえ、基本的に全ての医療機関が 2035 年度末に年 960 時間を達成できる水準に設定すべきではないかというふうに考えております。

医師の働き方改革の趣旨を踏まえ、より実効性を高める上でも、この加算においても積極的な基準となるよう検討すべきであるということは強調しておきたいというふうに考えております。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。いかがでしょうか。よろしいですか。

はい。それでは、ほかに、ご質問が特にないようでしたら本件に係る質疑はこのあたりとしたいと思います。

質 疑

2. 個別改定項目Ⅱについて

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

続きまして、ローマ数字Ⅱのうち、Ⅱ－4の③④を除いた部分について、ご質問がありましたら、よろしくお願ひいたします。はい、松本委員、お願ひいたします。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。それでは、Ⅱ項につきましてコメントいたします。まずⅡ－1の「① 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し」につきまして、医療DXの推進には賛成しているということを前提としてコメントいたします。

まず、オンライン資格確認等システムにつきましては、体制整備がおおむね完了いたしましたけども、医療情報の活用が十分とは言えない状況にあると思いますので、患者がメリットを実感できるよう、医療機関におかれましては情報を積極的に活用していただきますよう、お願ひいたします。

【Ⅱ－1 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－①】

① 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 の見直し

第1 基本的な考え方

保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。

第2 具体的な内容

医療情報・システム基盤整備体制充実加算について、オンライン資格確認等システムの導入が原則義務化されたことを踏まえ、体制整備に係る評価から、初診時等の診療情報・薬剤情報の取得・活用にかかる評価へ、評価の在り方を見直すとともに、名称を医療情報取得加算に見直す。

ただ、通し番号の 104 ページに記載のとおり、体制が整備されたから、次は情報取得の評価というかたちで見直すということには、いささか疑問を感じざるを得ません。位置付けを変えらるゝとしても、加算を継続するのであれば点数は引き下げるべきでございます。

さらに、今年 12 月 2 日に健康保険証が廃止され、マイナンバーカードによる受診が当たり前になることを踏まえれば、しかるべきタイミングで、この加算のあり方について改めて議論すべきだということは強く指摘させていただきます。

次に、107 ページからございますⅡ-1 の「② 医療 DX 推進体制整備加算」についてでございますが、

【Ⅱ-1 医療 DX の推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進-②】

② 医療 DX 推進体制整備加算の新設

第 1 基本的な考え方

オンライン資格確認の導入による診療情報・薬剤情報の取得・活用の推進に加え、「医療 DX の推進に関する工程表」に基づき、利用実績に応じた評価、電子処方箋の更なる普及や電子カルテ情報共有サービスの整備を進めることとされていることを踏まえ、医療 DX を推進する体制について、新たな評価を行う。

第 2 具体的な内容

オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療 DX に対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

(新) 医療 DX 推進体制整備加算 ●●点

電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスを活用した、より安全で質の高い医療を実現するために一定の理解はできますが、電子処方箋の導入率は極めて低く、電子カルテ情報共有サービスにいたってはまだ実装されてもおりませんので、経過措置を設けるとすることは保険財政と患者負担による一種の先行投資とも言えます。

さらに、マイナンバーカードの利用促進を含めて補助金が充てられていることを踏まえれば、マイナンバーカードの利用率について適切な実績基準を設定することや、電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスの導入が早急に進むよう、経過措置の期間を可能な限り短くするとともに、計画期間中のみ加算を算定するということがないように厳格な運用が必要だと考えております。

この関係で1つ、事務局にご質問がございます。

先日の1月19日の医療保険部会の資料を見ましたところ、医療機関へのインセンティブとして、支援金、補助金、そして今回の診療報酬改定による加算と、3つのものが挙げられております。

対 策	
医療機関・薬局	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 利用率目標の設定・インセンティブ等 <ul style="list-style-type: none"> → 1月からの利用率増加に応じた支援金 → 診察券との一体化等への補助金 → R6改定で、利用実績に応じた評価を検討中 → 国所管（設定済）、その他（目標設定に向け利用率実績を通知） → 専用レーン・説明員の配置 ◆ 窓口対応の見直し <ul style="list-style-type: none"> → 窓口での声かけを「マイナンバーカード（マイナ保険証）、お持ちですか」へ → HPの外来予約等のページでマイナンバーカードの持参を案内するよう要請 → チラシ、ポスター等の院内配布・掲示等 ◆ 利用できなかった事例への対応 <ul style="list-style-type: none"> → コールセンターへの情報提供に基づき地方厚生局から事実調査等 	<div style="background-color: #f8bbd0; padding: 5px; border: 1px solid #f06292; display: inline-block;"> 2月から診療報酬請求時に 取組状況をアンケート調査 </div>

この3つのものの趣旨、目的、概要等の違いについて説明をいただきたいと思っております。

続きまして、128ページからのⅡ－1の「⑩ 情報通信機器を用いた通院精神療法」については、初診を除外した上で、新たに策定されたオンライン精神療法の指針を遵守することを条件に、精神保健指定医に限り認めるということで了解したいと思います。

また、129 ページに示されております、オンライン診療による初診で向精神薬を処方しないことを含め、丁寧に実態を把握し、問題が疑われる場合には厳しく対応する必要があることも改めて指摘させていただきます。

次に、135 ページからのⅡ－１の「⑮ 診療録管理体制加算の見直し」につきましては、サイバーセキュリティ対策は組織として取り組む、当然のことだと認識しておりますが、コストの手当てが必要であるということについては理解いたしました。

ただ、診療報酬だけで対応するには限界があると感じますので、サイバーセキュリティ確保事業等も活用しつつ、医療機関として財源を工夫する努力もお願いいたします。

【Ⅱ－２ 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための
取組－①】

① 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

第1 基本的な考え方

高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料（１日につき） ●●点

続きまして、150 ページ以降にございますⅡ－２の「① 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価」についてコメントいたします。

高齢者救急への対応は今回改定の重要な焦点であり、地域包括医療病棟入院料が新設されることで、高齢の救急患者等に対し、一定の医療資源を投入し、早期からリハビリや栄養管理等が包括的に提供されることに期待をするものでございます。

体制の整備だけではなく、今日的な医療課題を解決する実績を示すことが問われておりますので、救急搬送の受け入れや在宅復帰率等の基準を適切に設定することが重要だと考えております。

また、この新病棟の担い手として想定されております看護配置 10 対 1 の急性期一般入院料 2 から 6 につきましては、一定の期限を設けて移行を促進することも今後の課題として意識すべきだということも指摘させていただきます。

続きまして、197 ページからのⅡ－2の「⑫ 地域包括ケア病棟入院料」につきましては、医療資源の投入量を踏まえ、入院期間に応じた評価体系への見直しに賛同するものでございます。

続きまして、229 ページに飛んでいただきまして、Ⅱ－3の「⑤ 療養病棟入院基本料の見直し」についてですが、疾患・状態と処置等に医療区分を分けることは、医療資源投入量を踏まえて評価を精緻化することになりますので、事務局案に賛同いたします。適正化の観点から、メリハリをきかせた点数の設定を強く求めます。

また、240 ページ以降に記載がございます中心静脈栄養については、前回改定に続いて適正化が図られるものと期待しておりますが、更なる見直しに向けて、実態がどのように変化したのか、しっかりと検証する必要があると考えております。

続きまして、外来の機能強化に向けてコメントいたします。

ページ、339 ページからのⅡ－5の「① 生活習慣病に係る医学管理料の見直し」についてでございますが、生活習慣病管理料における計画書の簡素化や I C T 化、外来管理加算との併算定の廃止、月 1 回受診要件の廃止とリフィル処方、長期処方の活用、ガイドラインの参照や多職種連携、さらには特定疾患療養管理料の対象から糖尿病、脂質異常症、高血圧を除外して新設する出来高の生活習慣病管理料のもとで、計画書に基づく医学管理が行われるようになることは、効率化、医療の質の向上、さらには患者の利便性と理解の向上といったさまざまな観点で非常に重要な取組です。

患者の経済的な負担に配慮した点数設定も含め、事務局案のとおり実現すべきだというふうに考えております。

続きまして、Ⅱ－５の「③ 地域包括診療料等の見直し」については、介護との顔の見える連携、認知症対応力の強化、リフィル処方や長期処方の推進、外来におけるACP支援、医療DXも活用した書面交付などを確実に実施していただきたいと考えます。

最後に、356 ページ以降にございますⅡ－６、新興感染症等に対応できる地域医療提供体制の構築に向けた取組については総括的にコメントさせていただきます。

新型コロナが５類感染症となり、診療報酬上の特例が廃止される一方で、前回改定に引き続き診療報酬の本則による評価が拡充されることとなります。

今回の措置により、コロナ禍を教訓とした診療報酬上の対応は完結したと理解しておりますので、患者負担に影響することも踏まえ、地域における日ごろからの連携を強化するなど、感染症対応力を確実に高めていただきたいと期待するものがございます。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

ありがとうございました。先ほど松本委員からご質問がございました医療DXのインセンティブの付け方につきまして、支援金、補助金、それから診療報酬上の加算、それぞれの特徴づけについて説明がほしいというご要望でしたが、いかがでしょうか。

○厚労省保険局医療介護連携政策課・竹内尚也課長

はい、医療介護連携政策課長でございます。私のほうから支援金、補助金についての趣旨等について、ご説明を申し上げたいと思います。

令和５年度の補正予算におきまして全体で３とおり、３つの種類の支援金、補助金をご用意してございます。

マイナ保険証利用促進のための医療機関等への支援についてということで、まず支援金についてでございますけれども、医療現場におきましてカードリーダーの操作に慣れない患者さんへの説明などマイナ保険証の利用勧奨に取り組んでいただくことでマイナ保険証の利用促進を図ると。

そのインセンティブとなるように、初診・再診等におけるマイナ保険証の利用率の増加に応じまして、医療機関等に利用件数分の支援をするというのが支援金でございます。

また、カードリーダー増設の支援も行うこととしてございまして、マイナ保険証の利用件数が多い医療機関・薬局について顔認証付きカードリーダーの増設を支援するための補助金を盛り込んでございます。

あと、もう1つはデジタル庁のほうの補助金でございますけれども、今年の保険証廃止に向けましてマイナ保険証利用に係るメリットをさらに感じていただけるようにということで、マイナンバーカードを診察券や公費負担医療、それから地方単独医療費助成の受給者証として利用可能とするために必要な医療機関・薬局のシステムの改修について支援を実施するものということで全体として3とおりの支援金、補助金をご用意しているということでございます。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、続きまして、医療課長でございます。診療報酬による評価についてでございますけれども、診療報酬に関しましては、もうここで、ご議論いただいておりますとおり、これは診療に対する対価でございます。

そこに関しましては、診療の質が上がる、あるいは効率性が上がることによりまして、さらに患者さんに割く時間が増えるなど診療の質が上がること。

そして、情報が得られることによって、またこれによっても診療の質が上がるということを評価していくべきものというふうを考えてございまして、現在のような提案とさせていただいているところでございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

松本委員、いかがでしょうか。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ご説明ありがとうございました。支援金と補助金等につきまして、これは期限であるとか、あるいは、診療報酬の場合は経過措置なんかが設けられておりますけど、そういった特別な何か措置というのは予定されているのでしょうか。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

事務局、いかがでしょうか。

○厚労省保険局医療介護連携政策課・竹内尚也課長

特にその経過措置といったようなものではなくて、まず支援金について申し上げますと、少し中身について触れさせていただきますと、昨年10月の利用率の実績との比較で増加した分を評価して支援金をお支払いするというところで、

取組期間といたしましては今年の1月から11月となっております、前半期が今年の1月から5月。また、後半が6月から11月ということで2つの期間に分けて、

その期間の中での平均の利用率を取って昨年10月の利用率の実績との比較で増加した、その増加分に応じて医療機関のほうに支援金をお支払いをするというような内容になってございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

松本委員、いかがでしょうか。

○松本真人委員（健康保険組合連合会理事）

はい、ありがとうございます。われわれ保険者のほうもですね、この会議の場で利用率の目標設定という厳しいものが課せられておりましたね、

ある意味、医療機関側のほうはですね、なんかこう、うまく上がっていくとですね、何か成功報酬的、得るものがあるようなんですが、

われわれはほとんどそういうのがなさそうでございますんで、若干のアンバランスな感じと言いますか、それはちょっと余談でございましたけど、ありがとうございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほか、ご意見、ご質問ございますでしょうか。はい、長島委員、お願いいたします。

○長島公之委員（日本医師会常任理事）

はい、ありがとうございます。Ⅱ－１の「① 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し」に関しまして、このシステムが実際に役立っているのか、実感があるのかということに関しましては、令和６年の能登半島地震におきまして、災害時においてマイナンバーカードがなくても情報を閲覧可能な体制になっております。その結果、１万２,０００を超える情報閲覧が既にされているとお聞きしております。

また、実際に被災地の医療機関で診療している先生方からは、このシステムを使った情報閲覧、特に薬剤情報の閲覧が大変役立っているという声も実際にお聞きしております。このように、命に関わる場面において既に大きな効果を発揮しているというふうに認識しております。

次に、②の医療DX推進体制整備加算の新設に関してでございます。確かに、電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスの整備は現在、進行中の段階ではありますが、実際にこれらが稼働した際にはスムーズに対応できるようにする必要がございます。そのためには、できるだけ早く、６月からこの加算を導入し、各医療機関が医療DXに対応するための体制を整備、これをしっかり促していく必要があると考えております。

また、経過措置に関しましては、国がどのように進めているのか、現状がどうかということをご丁寧に見て判断していただく必要があるというふうに考えております。

⑩の「情報通信機器を用いた通院精神療法に係る評価の新設」に関しましては、これは支払側委員もご指摘のように、やはりさまざまな弊害の懸念がございますので、やはり安全性をしっかりと重視するということが、安易に拡大すべきではないというのと同じ考えでございます。

初診から睡眠薬を使用するなど不適切な事例も既に報告されておりますので、実施にあたっては情報通信機器を用いた精神療法に係る指針を遵守することに加えて、適切な実施が担保されることを診療報酬上の算定要件とするのは当然であると考えてますし、さらに改定後の実態についてもしっかりとフォローしていく必要があると考えております。

次に、Ⅱ－２の「① 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価」についてです。今回、新たな入院料が、特に高齢者の救急患者等に対する対応を評価するというかたちで新設されることとなりますけれども、限られた期間や限られたデータに基づく検討であったということを踏まえ、強引に誘導していくというようなやり方は適切ではないと考えております。

当面は、現行の急性期２以降の入院料も併存させながら、地域医療に与える影響を丁寧にフォローしていくべきと考えております。

Ⅱ－３「⑤ 療養病棟入院基本料の見直し」についてです。今回改定で、注の 11 が廃止されることや、医療区分の大幅な見直しがなされることなどを踏まえ、当面は今回改定の結果をしっかりと検証していくことが重要であると考えております。

Ⅱ－５「① 生活習慣病に係る医学管理料の見直し」、まず体系の見直しについてです。

改定率に係る大臣合意を踏まえて評価のあり方を見直すとしても、特定疾患療養管理料や外来管理加算がこれまで果たしてきた機能や役割については、先日の公聴会においても現場の医師から大変重要なご意見をいただいたものでございます。

さらには、プライマリ・ケアを担当する身近な医療機関に与える影響なども十分にご理解していただきたいと考えております。

診療側としましては、地域医療に混乱を与えないためにも、この点は絶対に譲れないものと考えております。

また、今回、特定疾患療養管理料について対象患者を見直すことが提案されておりますが、単に生活習慣病を除外するだけでなく、慢性腎臓病、高尿酸血症、慣性リウマチ、更年期障害、慢性副鼻腔炎、白内障、また最近課題となっているさまざまな疾患などにも対象疾患を拡大し、疾患を有する患者さんが医師とともに自身の健康管理を主体的に取り組んでいただき、重症化を予防できるようにしていくべきと考えております。

書面を用いた説明につきましては、医療法では特に説明が必要として症例が定める場合であって、かつ、患者さんやご家族から求められた場合と想定されており、無条件で全ての患者さんやご家族に書面交付するものではないと思われま

す。また、かかりつけ医だからといって、全ての診療で文書による説明を行うことは、働き方の改革からも全く現実的な対応ではないと考えられます。文書による説明を必要とするケースを見極めた上で具体化することが重要であります。

②の特定疾患処方管理加算の見直し。処方箋料、特定疾患処方管理加算の引き下げについてです。こちらも改定率に係る大臣合意を踏まえて見直すとしても、病態の分析による処方や薬学管理は医療の最も根幹的な要素であります。

今後、マイナ保険証や電子処方箋等の医療DXが普及することで薬剤情報等の把握が合理的になるとしても、医師の医学的判断の重要性には全く変わりはなく、そのことを十分にご理解していただく必要があると考えております。

長期処方、リフィル処方箋についてです。長期処方に対応可能な患者さんや場面がある一方で、病状が変化する恐れや、その場合に対応が遅れたことで病状が悪化する等のトラブルの発生も当然、考えられます。

患者さんの利便性という価値観があることは否定いたしません。オンライン診療と同様に、医療においては利便性よりも安全性が優先されるべきことは言うまでもございませんので、あくまでも医師の判断によるものであることを、ぜひ共通の認識としていただきたいと思います。

最後に、Ⅱ－８「③ 往診に関する評価の見直し」「⑨ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し」についてです。

その患者さんの外来も担当しているような、かかりつけ医が行う在宅医療は、数多くても看取りの実績と質が担保されているような医療機関については、今回の短冊でも示されているように一定の配慮をするべきであると考えます。私からは以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。はい。続きまして、池端委員、お手が挙がります。お願いいたします。

○池端幸彦委員（日本慢性期医療協会副会長）

はい、ありがとうございます。私のほうもⅡに関して、主に地域包括ケア病床の評価見直しと療養病床の見直しについてコメントさせていただきたいと思います。

まず、197 ページにあります地域包括ケア病床の入院料の見直しということで2つ挙がっていて、1点は、入院期間に応じた評価ということの見直しということがあります。

これ、そのときの議論でもお話ししましたように、これは主に医療資源投入量がザン減されているということに対して適正化ということで、この入院期間ということが出たかと思えますけれども、当時もお話ししましたように地域包括ケア病床というのは包括病床の良さで、リハビリ、例えば、リハビリにしても20分1単位という中に入らないポイント・オブ・ケア、本当に5分、10分、ADLについてリハスタッフがついて、いかに早く在宅が、帰るか、ということのリハビリを提供しているということが実際に協会の会員病院からも、そういうデータも上がってきています。そういう人の手間ということが一切評価されてないのが非常に残念だなという気がしております。

一方で、197 ページの2ポツ目にありますように、地域包括ケア病床もこの入院基本料の見直しにおいて40歳未満の勤務医等々の評価ということがあります。

もちろん、これ、全ての病院・病床、そうですねけれども、この2を取ることで当然、そういう方々に対する手当ををしなきゃいけないんですけども、根本的に、その病院・病床の基本的な診療報酬が大きく減額されてしまってるんでは、いくらこの加算を取っても、その方にできないってことがある。

という意味では、地域包括ケア病床もいろいろ施設基準の見直しがありますし、特に療養病床についても今回、大きな見直しがあります。

本当に、根幹にわたる入院基本料から得られる、その診療報酬が、少なくとも、これまでのとおりに担保されるかどうかも非常に不安な状態である中で、この加算を取って職員に評価して、手当てをしなきゃいけないっていうことの非常に不安感の大きな声が聞こえてきますので、

ぜひ、その辺もできるだけ早く示していただいて、それがどの程度、ちゃんとこれまでの入院基本料等からの診療報酬がその医療機関に入るのか入らないかっていうことをわかるようなことを丁寧にお示しいただければと思います。そして、できるだけ経過措置もしっかりした経過措置をいただければと思います。

次に、療養病床に関して 229 ページにありますように、今ほどもお話ししましたように、療養病床は特に入院基本料に関係する医療区分が大きく 9 区分から 28 区分、29 区分、30 区分と、でしょうか、なるとお聞きしていますので、この区分において、私は基本的には医療区分に関しての財政中立的な配分をしていただければと思いますが、

もし、そうで、ならない場合は特に減額されてしまう、大きな収入源になってしまうことということは、非常に皆さん、危惧される場所なんで、その辺についてももしっかりシミュレーションができるように、ご検討いただければと思います。

あと、中心静脈栄養についても一定の見直しがあるということについては理解しているところですが、ここで 1 点だけ、ちょっとお話ししたいことがあります。

中心静脈栄養、今、例外規定ということで、いくつかここに挙がっていて、それ以外は全て一定期間以後は医療区分を下げるということで挙がっていますが、その中で、会員、療養病床をお持ちの先生方からもよく聞き、私自身も感じるところが 1 つだけあるのは、そのあとに療養病床でも人生の最終段階における、きちんと、ご本人の意見を取ってくださいということがあります。

中心静脈栄養と経管栄養というのは、今、非常に日本が、以前、胃瘻に対するバッシングみたいなのがあって、胃瘻は駄目だという認識を持つての方が結構多いんですね。

だから、医学的には確かに経管栄養、特に経鼻では難しいけども、PEGという、経皮的経管栄養をすることにとっては、医学的にはそのほうがより生理的だということには理解してるつもりですが、それを何度、説明しても、ご家族はノー。ご本人も「胃に穴を開けるだけは絶対嫌だ」ってことを、しっかり、若いときからそう言っていた。

昨日も実はそういう話をしたんですけども、「うちの主人は前からあれだけはしたくない」ということを言っていて。「じゃあ、何も食べれなくなって何もしないでいいでしょうか」って言うと、「いや、それは、せめて栄養だけは入れてほしい」。じゃあ、こういう方法、末梢と点滴と、中心静脈栄養。これはある程度、生命を維持できる点滴になりますけどっていうことになるので、これ、ご本人もある程度、意識がしっかりしてる時、認知症でもしっかりしてる時には、それでいいということをご本人が言う、ということをして3回、繰り返して話しましたが、やはり胃瘻に対しては拒否ということで、中心静脈栄養をしなきゃいけない。

こういうことが、丁寧に丁寧に説明してもなかなかご理解いただけなくて、となると、どちらを取った方がいいのか。人生の最終段階は患者本位ということではもう大命題だと思いますので、当然、そのために中心静脈を受け入れることになっても、それが医療区分が下げられる、点数が下がるということによって、もちろん、それは甘んじて、それは施設が受けなきゃいけないことなのかもしれませんが、こういう問題点があるんだということをぜひ保険者側の先生も医療課の方々も事務局の方々も知っておいていただいて、それが世間的、いわゆる啓蒙活動の中でそれが改善されればいいですし、そうでなかったら、やはり、これも除外規定の中に一部入れていただくことも検討していただいてもいいのではないかと個人的には感じています。

いろいろ、それは非常に曖昧な基準だから難しいということも理解しているつもりですけども、現実にそういうことが日常よく起きているということをお話しておきたいと思います。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございます。ほかはいかがでしょうか。はい。それでは森委員、お願いいたします。

○森昌平委員（日本薬剤師会副会長）

はい、ありがとうございます。384 ページのですね、Ⅱ－6 「⑦ 新興感染症等に対応した在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の見直し」の所なんですけども、

左の改定案の所の下から 4 行目の所にですね、「保険薬局の保険薬剤師が患家又は宿泊施設及び当該施設を緊急に訪問し、当該患者に対して対面による必要な薬学的管理及び指導を実施し」とあるんですけども、

改 定 案
<p>【在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料】 [算定要件] 注10 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症、同条第8項に規定する指定感染症、同条第9項に規定する新感染症の発生時又はまん延時においては、注1の規定にかかわらず、当該感染症の患者であって、患家又は宿泊施設で療養を行っている者、介護医療院又は介護老人保健施設に入所する者、地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設に入所する者に対して交付された処方箋を受け付けた場合において、処方医の指示により、保険薬局の保険薬剤師が患家又は宿泊施設及び当該施設を緊急に訪問し、当該患者に対して対面による必要な薬学的管理及び指導を実施し、薬剤を交</p>

ここでですね、現に看護に当たっている者も対象としていただくことが必要だと思いますので、ここに関しては、そのような修文をお願いできればというふうに思っております。以上です。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

今、ご要望がございましたが、これは事務局として、

○厚労省保険局医療課・安川孝志薬剤管理官

はい。ちょっとご意見を伺って、どういった処理が対応可能かどうかを含めて整理させていただきます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

森委員、よろしいですか。はい。お願いします。ほかに。ご質問等はございますでしょうか。はい。それでは眞田委員、お願いいたします。

○眞田享委員（経団連社会保障委員会医療・介護改革部会長代理）

はい。もう既に松本委員の意見と重複するところがあるかと思うんですけども、改めて2点コメントさせていただきたいと思います。

1つはⅡ－1の「②医療DX推進体制整備加算の新設」、107ページでございますけれども、医療DXの推進についてはこれまでに申し上げたとおり大いに賛同するところでありまして、今回、新たな加算を新設するのであれば、これまで以上に国民負担が増える点について納得感のある要件設定が必要だというふうに考えております。

施設基準の電子処方箋、電子カルテ情報共有サービスについては当面、経過措置を設けるといことでありますけれども、患者が実際に受ける医療の質が変わらないままに加算算定が続くことのないように、しかるべき、その期日、経過措置の期日を設定をしていただきたいということを強く要望したいと思います。

- (6) マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること。
- (7) 医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
- (8) (7)の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。

同じく（６）のマイナンバーカードの健康保険証利用についてであります、これも「実績を一定程度」というふうにあります、こちらも適切な水準を設定をして医療機関からの働きかけを促すとともに、その活用状況を見つつ、その水準を適宜、見直していくということが必要ではないかというふうに思います。これが１点目であります。

２点目は、Ⅱ－５の「外来医療の機能分化・強化等」について包括的にコメントをさせていただきたいと思っておりますけれども、これまで申し上げてきましたとおり、かかりつけ医機能の強化に向けては、国民目線で自らが受ける、どのような医療に対してどのような負担をしているのかということがわかりやすいことであること、あるいは、そのメリットを実感できるということが必要だというふうに思います。

その点で今回、ご提案いただいております生活習慣病に係る医学管理料の見直しをはじめとする外来医療の機能分化・強化に関わる項目の見直しは大変重要な取組でもありますので、確実に実施をしていただきたいということを改めて申し述べたいと思います。私からは以上でございます。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

はい、ありがとうございました。よろしいでしょうか。飯塚委員、お手が挙がっております。あの、公益委員からのご発言について、ちょっと一言申し上げておきますけど、診療報酬改定の議論が大詰めになっております。

それから、場合によっては公益裁定の可能性がございますので、そういう全体の議論にあまり影響がないような形で、ご発言をいただければと思いますので、よろしくをお願いします。

○飯塚敏晃委員（東京大学大学院経済学研究科教授）

はい、ありがとうございます。150 ページに、今回、新たに新設をするということで、新たな入院料というものが提案されていて、これ、非常に重要な議論だというふうに理解をしております。

必ずしもですね、十分ここに関して議論がなされてきていないような印象を私は持ってまして、１点、質問させていただきたいんですけれども、

【Ⅱ－２ 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組－①】

① 地域で救急患者等を受け入れる病棟の評価

第1 基本的な考え方

高齢者の救急患者をはじめとした急性疾患等の患者に対する適切な入院医療を推進する観点から、高齢者の救急患者等に対して、一定の体制を整えた上でリハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に提供することについて、新たな評価を行う。

第2 具体的な内容

地域において、救急患者等を受け入れる体制を整え、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟の評価を新設する。

(新) 地域包括医療病棟入院料（1日につき） ●●点

この新たな入院料がですね、既存の入院料とどういうふうに機能を分担して、また代替していくということを描いておられるのかということですね、再度、もう一度、整理してご説明いただければなというふうに思います。

また、その姿にもっていくために、例えば評価、あるいは施設基準等をですね、どのように工夫されて考えられているのかというのを、一度、整理してご説明いただければというふうに思います。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

事務局、いかがでしょうか。

○厚労省保険局医療課・眞鍋馨課長

はい、医療課長でございます。今回、新設をご提案させていただきます入院料に関するお尋ねでございました。

こちらの入院料でございますけれども、ちょっと、事務局として、先ほどのご指摘を受け止めて、どのような説明が可能かということは、もう一度、整理をさせていただきたいですが、まずは今年、昨年か。

昨年の3月から4月、5月にかけて行いました医療と介護の意見交換会に端を発しているというふうに事務局として認識をしております。

そここのところから事務局として、こういう課題があるのではないかというふうなテーマを出させていただいて、そのあとは中医協においても適宜、資料を出させていただいたというふうに認識をしております。

そこを再度、整理して、どのようにお示しするか、そこはちょっと受け止めて検討させていただきたいと思っております。

○小塩隆士会長（一橋大学経済研究所教授）

よろしいでしょうか、飯塚委員。はい。ほかはいかがでしょうか。

よろしいですか。はい。それでは、ほかに特にご質問等ないようでしたら本日の議論はここまでといたします。残りの項目につきましては次回、議論したいと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

本日の議題は以上です。次回の日程につきましては、追って事務局より連絡いたします。

それでは、本日の総会は、これにて閉会といたします。どうもありがとうございました。

(配信終了)
